

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

253
N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Paul FALEUR

Diplômé de l'Institut médico-légal de Paris

Né le 20 Avril 1906 à RIBEMONT (Aisne)

Etude sur la môle hydatiforme
et les avantages
du curettage comme moyen de traitement

Président : Monsieur BRINDEAU, professeur

PARIS

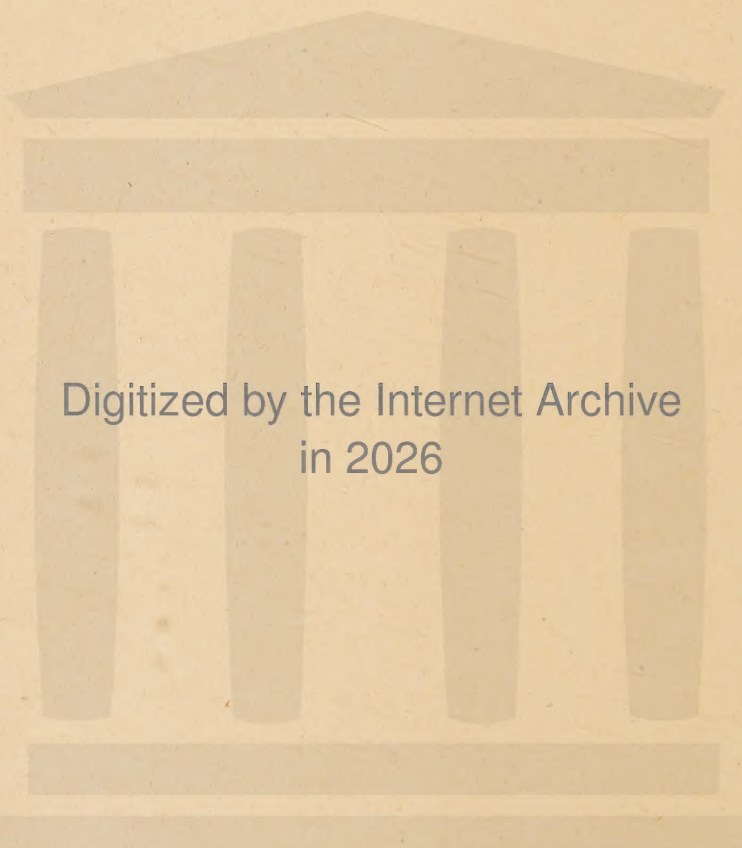
LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1932

Etude sur la môle hydatiforme
et les
avantages du curettage comme moyen de traitement



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Paul FALEUR

Diplômé de l'Institut médico-légal de Paris

Né le 20 Avril 1906 à RIBEMONT (Aisne)

Etude sur la môle hydatiforme
et les avantages
du curettage comme moyen de traitement

Président : Monsieur BRINDEAU, professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

—
1932

Doyen

BALTHAZARD.

I. — Professeurs

Anatomie
 Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et Histoire naturelle médicale
 Pathologie et Thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie et thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Professeur sans chaire

MM.

ROUVIERE.
 GREGOIRE.
 BINET.
 STROHL.
 DESGREZ.
 LEMIERRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 CLERC.
 LENORMANT.
 ROUSSY.
 CHAMPY
 TIFFENEAU.
 LOEPER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEL-
 LAVASTINE
 FIESSINGER.
 Maur. VILLARET.
 CARNOT.
 BEZANÇON.
 ACHARD.
 Marcel LABBE.
 LEREBoullet.
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 TEISSIER.
 DELBET.
 CUNEO.
 LEJARS.
 GOSSET.
 TERRIEN.
 LEGUEU.
 COUVELAIRE.
 BRINDEAU.
 JEANNIN.
 J.-L. FAURE.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 Léon BERNARD.
 SERGENT.
 MAUCLAIRE.
 MULON.

II. — Agrégés en exercice

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychia-
 trie.
 AUBERTIN .. Pathologie médicale.
 BENARD Henri Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULE Pathologie médicale.
 BUSQUET ... Pharmacologie.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.

MM.

CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHAILLEY-
 BERT. Physiologie.
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT .. Pathologie médicale.

MM.	
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL ...	Bactériologie.
GATELLIER ..	Pathologie chirurgicale.
De GAUDART	
d'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER ...	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie..
HOVELACQUE...	Anatomie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Chimie biologique.
LABBE Henri .	Hygiène.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MILLOT	Histologie.

MM.	
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING ...	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHEL, Fils..	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphili- graphie.
VALLERY-RADOT	Pathologie médicale.
(Pasteur) .	
VAUDESCAL ...	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.	
NEVEU-	
LEMAIRE	Parasitologie.
REITTERER ...	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRE	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU ...	Clinique chirurgicale
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.

MM.	
MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LEVY-SOLAL .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER ..	Clinique obstétricale.
METZGER	--

V. — Chargés de cours

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, Agrégé	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Education physique.
WEILL-HALLE	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR LÉON VIEILLARD

Dont j'ambitionne d'avoir la science
et la conscience professionnelles.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR GEORGES FALEUR

A MA MÈRE ET A MA GRAND'MÈRE

Faible témoignage de ma profonde
affection.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

Accoucheur à la Clinique Tarnier

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommage de profonde gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CATHALA

Médecin Accoucheur de l'Hôpital Saint-Louis

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a inspiré ce travail, nous
a guidé de ses conseils et nous a pro-
digué un enseignement précieux.

En témoignage de nos sentiments
très respectueux et reconnaissants.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

M. LE PROFESSEUR LEJARS
M. LE PROFESSEUR BESANÇON
M. LE DOCTEUR CHIFOLIAU
M. LE DOCTEUR MONNIER-VINARD
M. LE PROFESSEUR LEMAITRE
M. LE DOCTEUR TREMOLIERES
M. LE DOCTEUR GRENET
M. LE PROFESSEUR GOUGEROT
M. LE PROFESSEUR GUILLAIN
M. LE PROFESSEUR TESSIER (*in memoriam*)
M. LE PROFESSEUR LEGUEU
M. LE PROFESSEUR CLAUDE
M. LE PROFESSEUR TERRIEN
M. LE PROFESSEUR SEBILLEAU
M. LE PROFESSEUR BALTHAZARD

Doyen de la Faculté

En souvenir reconnaissant de leur
enseignement.

Etude sur la môle hydatiforme
et les
avantages du curettage comme moyen de traitement

Introdction

Pour l'étude de l'affection qui nous intéresse, nous lui conserverons le nom de « Môle hydatiforme » derrière lequel nos yeux voient l'aspect macroscopique de la masse vésiculaire classique bien connue, mais dont l'appellation paraît insuffisante, étant donné les conceptions modernes de l'histo-pathologie. Et puisqu'il s'agit d'une lésion à la fois hyperplasique et dégénérative des villosités choriales, le nom de « Môle par dégénérescence chorio-épithéliale » ne conviendrait-il pas mieux puisqu'il aurait un sens histologique.

Le terme histologiquement désuet de « Môle hydatiforme ou vésiculaire » a eu au moins le mérite de pouvoir être accepté par tous, depuis que cette affection a été signalée, et cependant, combien d'origines diverses lui ont été attribuées par les auteurs.

Pour Hippocrate, il s'agit d'un produit de conception.

C'est aussi l'opinion de Galien : « Jamais on n'a vu une « femme concevoir une môle sans le concours de l'homme ».

Aristote, Aétius sont du même avis.

Mauriceau voit en la môle hydatiforme « le résultat du coït et des semences corrompues de l'homme et de la femme », ajoutant que « la môle provient toujours d'un faux germe, et tous les prétendus faux germes ont été de vrais germes dans les premiers jours de la conception. »

Régnier de Graff, Littré, Natioth se refusent à voir dans la môle un produit de conception. Pour eux, il s'agit d'un œuf non fécondé.

Percy croit identifier la môle avec des vésicules du *taenia hydatigena* décrit par Pallas en 1760 : chaque vésicule contenant un petit ver.

Laënnec, Cloquet, Brenner attribuent à cette même cause la formation de la môle.

Pour Mme Boivin, pour Velpeau et Désormeaux, il s'agit d'une maladie des membranes de l'œuf.

Et toutes les opinions de se donner libre cours, jusqu'au jour où, grâce au microscope, put être décelée, étudiée et suivie la dégénérescence chorio-épithéliale.

Description

C'est généralement vers la fin du deuxième mois ou au cours du troisième mois de sa gestation qu'une femme expulse la masse d'aspect macroscopique si caractéristique de la môle. Pendant quelques semaines, elle a présenté des troubles de sa sphère génitale qui lui ont fait soupçonner une grossesse. Parfois quelques symptômes ont pu prendre une importance exagérée, poussant la parturiente à consulter son médecin assez rapidement, mais le plus souvent l'affection qui nous occupe se manifeste par un avortement-surprise.

Après un travail plus ou moins long qui s'accompagne d'hémorragies en général assez abondantes, une masse vésiculaire est expulsée toujours accompagnée de sang et de caillots. Débarrassée de tout ce qui la souille, cette masse se présente comme un amas de grappes de groseilles ou de frai de grenouilles, suivant les comparaisons de Portal.

Ancelet nous en donne une description très détaillée : « L'une des faces de la pièce est rouge, d'apparence réticulée, présente des prolongements membraneux et

filamenteux et rappelle exactement une muqueuse détachée des parties auxquelles elle était adhérente.

L'autre face est tout entière recouverte d'une multitude de kystes d'un blanc légèrement rosé, à demi transparents, un peu opalins, dont le volume varie à l'infini, de celui d'une tête d'épingle à celui d'un œuf de pigeon. Ils sont divisés en plusieurs couches, de façon que les plus volumineux sont les plus superficiels. L'ensemble rappelle assez bien une grappe de raisin, mais un examen plus approfondi montre que ce n'est là qu'une simple apparence.

Les kystes sont uniloculaires, non cloisonnés ; ils sont remplis d'un liquide de couleur citrine, transparent, filant, identique dans chaque vésicule.

Les kystes sont sphéroïdaux. La surface extérieure de quelques-uns présente un, deux, trois kystes plus petits, mais il y a entre eux simple juxtaposition sans qu'il y ait jamais communication réelle entre plusieurs kystes, quel que soit le degré de leur développement réciproque. Ces vésicules adhèrent souvent les unes aux autres en allant de la surface vers la profondeur ; tantôt il y a seulement adhérence en un point de deux sphères contiguës, tantôt ce point de contact s'est allongé et forme ainsi un pédicule plus ou moins étendu, tantôt ce pédicule est conique, creux, en communication directe avec la vésicule à laquelle il appartient et qui dès lors prend un aspect piriforme, mais il est par contre oblitéré à sa partie supérieure et il est im-

possible de faire refluer le liquide d'une vésicule dans l'autre.

Outre ce pédicule principal, des filaments très déliés et très ténus partent de différents points de la périphérie du kyste, s'enchevêtrent les uns dans les autres et se rendent soit à la vésicule supérieure, soit à un groupe de vésicules en rappelant la disposition des cordages qui unissent un ballon à sa nacelle. La plus légère traction, le moindre attouchement même détruit ces adhérences et détache les kystes les plus développés. Rien absolument ne rappelle la forme d'une tige centrale, d'un pédoncule commun autour duquel les vésicules sont groupées. En réalité, elles ne sont pas racemosæ, mais pendulæ.

Les pédicules qui unissent les vésicules au chorion sont appelés pédicules d'implantation ; leur longueur est de 1 à 2 centimètres. Ceux qui unissent les vésicules entre elles sont dits pédicules de suspension.

Le nombre des vésicules peut être considérable : Portal, de Palerme, en a compté jusqu'à 6.070, formant une seule môle. Le poids moyen d'une môle au moment de l'expulsion est de 1.500 à 2.000 grammes. Certaines peuvent atteindre 8 kilogs.

Etude microscopique

Au point de vue microscopique, la môle hydatiforme est une fonte mucoïde progressive du squelette conjonctivo-vasculaire du placenta, accompagnée, ou mieux compliquée d'une hyperplasie du revêtement syncytial des villosités.

1° Le volume des villosités les moins malades est considérable, les cellules du stroma se multiplient activement et tout le stroma est œdématié. Le centre, mal nourri, est plus ou moins nécrotique, alors que la périphérie se nourrit par inhibition du sang qui circule dans les espaces intervilleux. Un peu plus tard ce centre se transforme en cavité kystique.

2° L'ébauche du système circulatoire des villosités présente des lésions importantes qui aboutissent à l'oblitération ou même à l'agénésie des vaisseaux.

3° Le revêtement ectodermique des villosités prolifère: le syncytium en bourgeons pédiculés ou sessiles qui, parfois, forment des masses considérables dans les espaces intervilleux ; la couche de Langhans s'épaissit en douze et quinze assises et envoie des bourgeons

externes qui trouent le syncytium pour gagner les espaces intervilleux et elle envoie parfois des bourgeons internes qui s'enfoncent dans le stroma, ce qui a été considéré comme un signe de malignité prédisposant au chorio-épithéliome.

La caduque est habituellement épaisse et peut atteindre deux centimètres. Cette hypertrophie répond tantôt à une hyperplasie simple des cellules déciduales et tantôt à une hyperplasie compliquée d'infiltration de cellules rondes. Ces cellules rondes ont été tour à tour envisagées comme liées à une infection préexistante ou à une réaction contre l'envahissement. Cette endométrite qui est peu marquée dans la couche des glandes est au contraire très marquée dans les couches superficielles. On observe par place des dégénérescences fibrineuses consécutives à des hémorragies. Elles isolent la môle des tissus maternels et peuvent arriver, si elles sont importantes, à dévitaliser l'ectoderme et à arrêter l'évolution. La môle peut se présenter comme emprisonnée dans une capsule d'aspect fibreux constituée par la caduque.

RAPPORTS AVEC LE MUSCLE. — Tantôt la môle, endiguée par la caduque, ne pénètre pas dans le muscle utérin, tantôt elle y pénètre par effraction directe ou par métastase vasculaire. L'ectoderme attaque la fibre musculaire et la tumeur se creuse des coulées et des loges qui sont parfois très nombreuses et très impor-

tantes. Dans certains cas, on a pu employer le terme de môle interstitielle. A l'examen, on a trouvé deux cavités : l'une qui était la cavité utérine, et une autre qui communiquait avec elle et qui était une loge creusée en plein muscle. On a parlé de môle disséquante, avec des logettes multiples comparables à des gâteaux d'abeille.

RAPPORTS AVEC LES VAISSEAUX. — Les bourgeons ectodermiques envahissent les vaisseaux, d'où fréquence des métastases.

LÉSIONS OVARIENNES. — Enfin, tout l'appareil génital peut subir des modifications. C'est ainsi que, dans les deux tiers des cas, les ovaires sont augmentés de volume par transformation en kystes multiples. Ils peuvent atteindre un diamètre de quinze centimètres. Ces ovaires kystiques peuvent se tordre et, par leur volume considérable, ils peuvent constituer une indication à laparatomie.

Ces kystes se transforment dans des follicules atrophiques, leurs parois ressemblent donc à celles d'un corps jaune, d'où le nom impropre de kystes lutéiniques. Ils régressent après expulsion de la môle, sauf s'il y a rétention de débris môlaire ou transformation en chorio-épithéliome (Vignes).

Pathogénie

Nous avons sommairement indiqué, au début de ce travail, les conceptions plus ou moins scientifiques destinées à expliquer le développement de la môle hydatiforme.

Rappelons-les brièvement:

- 1° La môle est indépendante de la grossesse.
- 2° Elle est constituée par des œufs non fécondés.
- 3° C'est une grossesse dégénérée résultant d'un affaiblissement du sperme en quantité ou en qualité, ou d'une altération des sécrétions maternelles.
- 4° La môle résulte d'une dégénérescence de la caduque.
- 5° Les vésicules sont des vésicules hydatides.
- 6° La môle résulte d'une maladie de l'œuf (amnios, placenta, chorion).
- 7° Les villosités choriales sont malades (altérations de la paroi des vaisseaux lymphatiques du chorion, hydropisie des villosités).

C'est à l'occasion d'une conception, personne ne le conteste plus, qu'apparaît une suractivité de l'ecto-

derme villositaire, la prolifération de ce tissu naturellement envahissant étant l'essentiel de la maladie.

Mais quelle est la cause de cette suractivité ?

Certains veulent la trouver dans l'œuf, d'autres la cherchent dans l'organisme maternel.

Pour Ruysch, Scanzoni, Hewitt, la mort de l'embryon serait la cause de l'altération des villosités. Mais comment expliquer alors la présence d'un fœtus vivant lors de l'expulsion d'une môle ? Et pourquoi n'observe-t-on pas plus de môles dans les nombreux cas de rétention de fœtus morts ?

Par contre, la coexistence d'un œuf molaire et d'un œuf jumeau sain est un bon argument en faveur de cette théorie.

Durante a supposé une maladie vasculaire consécutive à une toxémie indéterminée aboutissant à l'oblitération. L'ectoderme ne pouvant plus céder à l'embryon ce qu'il emprunte du sang maternel, se mettrait à proliférer. Avec cette hypothèse, le fœtus mourrait par manque d'apport nutritif. Sa mort serait la conséquence et non la cause de la transformation molaire.

D'autres auteurs incriminent l'organisme maternel et insistent sur l'importance de l'endométrite et y ont cherché la cause du processus molaire.

Qui dit endométrite dit lésion mal caractérisée de la caduque d'origine infectieuse ou de toute autre origine. Or, parmi les vices d'évolution de la caduque,

il en est qui sont dus à une anomalie de l'ovaire, et plus spécialement à une anomalie du tissu lutéinique. On a pu ainsi supposer que la môle était causée par les kystes dits lutéiniques qui sont si fréquents, mais on a pu aussi bien attribuer la dégénérescence kystique à une réaction contre l'envahissement molaire.

Pour Hirtzmann, l'âge avancé des femmes aurait une grande influence et la conclusion de sa thèse est que la femme adulte, celle qui a dépassé 25 ans, offre une plus grande prédisposition à la môle. Cette conclusion n'a rien qui doive surprendre. N'est-ce pas à cet âge où la femme est en pleine activité conceptionnelle que l'on doit s'attendre à trouver le plus grand nombre de môles ?

Différentes statistiques donnent les chiffres suivants :

Au-dessous de 20 ans	3 cas
De 20 à 25 ans	23 cas
De 25 à 40 ans	61 cas
De 40 à 50 ans	34 cas

Dans une autre statistique, nous trouvons le pourcentage suivant :

En dessous de 25 ans	20 %
De 25 à 40 ans	57 %
Au-dessus de 40 ans	23 %

On accorde à la multiparité une influence prépondérante. Et cependant des statistiques montrent que la môle se rencontre aussi bien chez la primipare que chez la multipare :

Primipare	16 %
Secundipare	15 %
Trois-pare	16 %
Quatre-pare	15 %

Il est donc sage de conclure que rien dans nos connaissances actuelles ne permet d'affirmer sous quelle influence l'ectoderme des villosités acquiert la suractivité qui déclenche l'évolution molaire. L'étiologie de cette tumeur est encore fort obscure.

Etude clinique

La dégénérescence molaire de l'œuf évolue parfois sans troubles bien particuliers, aussi ne se révèle-t-elle généralement qu'au moment de l'expulsion.

Cependant, assez souvent, la gestation molaire s'accompagne d'une exagération des malaises gravidiques qui, classiquement, devraient permettre de faire le diagnostic après un interrogatoire et un examen serrés.

Au début, à la fin du premier mois : simples signes de probabilité de grossesse qui semble évoluer normalement.

Parfois, augmentation de volume des seins qui s'accompagne d'élancements et de picotements,

Parfois quelques troubles sympathiques (envies, nausées, vomissements, sialorrhée, etc...) s'accompagnant ou non de douleurs incessantes de types non définis.

Tous ces phénomènes coïncident avec une absence de règles.

A ce moment, et dans certains cas, un interrogatoire poussé peut faire ressortir que les troubles sympathi-

ques sont plutôt exagérés. Ces phénomènes n'ont pas en soi une valeur diagnostique.

Mais au cours du deuxième mois apparaissent en général des troubles plus inquiétants :

Un écoulement séreux plus ou moins abondant, sans caractère spécial, simple hydorrhée qui cependant tracasse la femme en gestation et l'inciterait à consulter un médecin si elle n'était pas poussée à le faire par l'apparition d'hémorragies.

Les métrorragies sont précoces, se renouvelant plus ou moins souvent. Le sang est pur, liquide, avec parfois cependant quelques rares caillots. Elles surviennent sans prodromes et sans cause apparente : elles sont très habituelles sans être constantes. Elles peuvent déterminer une atteinte marquée de l'état général par leur répétition et leur abondance : muqueuses pâles, pouls rapide et mal frappé, vertiges, tendances syncopales...

Quand, parfois, elles contiennent quelques vésicules, le diagnostic s'impose.

Les troubles sympathiques augmentent souvent d'intensité : augmentation de la sialorrhée, fréquence des gastralgies, etc... Les vomissements répétés peuvent devenir incoercibles. « Ces vomissements sont souvent graves, et il y a des gestations môleaires qui ont été interrompues, non sous le diagnostic de môle, mais à cause de l'importance des vomissements. » (Vignes.)

L'albuminurie peut être rangée dans ces mêmes si-

gnes généraux. Symptôme important parce qu'elle est apparue précocement alors que l'albuminurie est rare au début de la gestation. Ce fait frappera le médecin qui devra toujours systématiquement analyser les urines de ses consultantes en pareille occurrence, d'autant plus que bien souvent son attention aura été attirée par des œdèmes ou une dyspnée sans cause apparente.

Quels renseignements peut-on tirer du palper et du toucher ?

Le palper est d'une importance capitale pour le diagnostic. Il apprend que le corps utérin est gros, beaucoup plus gros qu'il ne devrait être d'après l'âge de la grossesse. Le cas de Tuefferd est rapporté par Banquet : en quinze jours, l'utérus était monté de la symphyse à l'ombilic, et trois semaines après, il atteignait le sternum. Mais c'est là un cas exceptionnel. En général, alors qu'il devrait atteindre la symphyse pubienne, on trouve le fond de l'utérus entre la symphyse et l'ombilic.

On peut dans certains cas observer des augmentations brusques du volume de l'utérus, suivies de temps de régression. Ces faits, quand on peut les observer, sont pathognomiques de la môle.

Il arrive parfois que tout un ensemble de signes, et en particulier l'hémorragie, donne des présomptions de môle. Le médecin, pour confirmer son diagnostic, escompte une augmentation exagérée de l'utérus. Le

palper le met en présence d'un utérus de taille normale, parfois même plus petit que la taille correspondant au terme de la gestation. C'est ainsi que se passent les choses quand la môle est en état de rétention.

La consistance de l'utérus est spéciale : molle, un peu pâteuse, non élastique, la succussion ne permet pas de sentir de choc fœtal, sauf peut-être très rarement dans certains cas de môle embryonnée, la consistance est souvent irrégulière, soit qu'on perçoive un envahissement du muscle utérin par la néo-formation, soit qu'il s'agisse de contractions partielles du muscle utérin qui simulent parfois un fibrome.

Enfin, cet utérus trop gros est souvent douloureux.

Le toucher montre une « hypertrophie » des signes de gravidité quant au col et au segment inférieur. On ne sent pas de parties fœtales et le ballottement vaginal est impossible à trouver.

Le toucher pourra permettre de reconnaître la présence de kystes ovariens, kystes que l'on rencontrerait, d'après Vignes, dans les deux tiers des cas, dans 50 %, d'après Kremer. Laflotte, étudiant dans sa thèse ces kystes ovariens spéciaux, dit que dans la proportion de 85 %, ils sont bilatéraux et unilatéraux dans 15 % des cas.

Il existe de ces kystes qui ne sont pas perçus cliniquement et qui ne sont découverts qu'au cours d'une hystérectomie.

Nous reviendrons sur l'importance de ces kystes au point de vue pronostic.

L'auscultation est un dernier signe, négatif, celui-là, puisque en général, sauf dans des cas tout à fait exceptionnels de môle embryonnée avec fœtus vivant de 4 mois et demi à 5 mois, on ne peut pas entendre de bruits cardiaques...

En tout état de cause, c'est bien souvent seulement au moment de l'avortement molaire que sera fait le diagnostic.

Durée - Terminaison - Pronostic

La durée d'évolution n'excède pas en général quatre mois. C'est le plus souvent au troisième ou au quatrième mois que l'avortement se produit. Celui-ci est l'aboutissement normal de la môle. Il se fait souvent spontanément avec tous les symptômes d'un avortement ordinaire, mais avec des douleurs intenses, des vomissements profus et souvent des hémorragies qui peuvent prendre un caractère inquiétant.

Dans les môles jeunes, l'expulsion se fait généralement en bloc. Dans les môles plus âgées, elle se fait par fragments.

Le pronostic pour le fœtus dans le cas de môle embryonnée est le plus souvent fatal : il existe cependant quelques observations de fœtus à terme vivants.

Pour la mère, une issue mortelle est plus rare. Sans tenir compte de la dégénérescence chorio-épithéliale, Hitzmann donne une mortalité de 13,5 %, soit par hémorragie, soit par infection, soit par perforation. Menu et Vignes l'estiment à 15 %.

Depuis la pratique de l'hystérectomie en cas d'hé-

morragie abondante, la mortalité immédiate a diminué, et c'est la notion de la dégénérescence en chorio-épithéliome qui domine la question. D'après la moyenne des statistiques, 10 % des môles subissent la dégénérescence maligne. Senarclens, après une enquête rigoureuse faite dans le canton de Vaud, donne la proportion de 13 %. Vignes trouve 10 %, Oster 9 %, Cottalorda 9 %, Sunde 5 %.

Ainsi, la môle vésiculaire a dans la règle une évolution moins maligne qu'on ne le croit souvent : notion d'importance pratique considérable, elle ne doit pas être considérée comme une affection d'une gravité excessive. Nous trouvons dans le bulletin de la Société obstétricale (année 1925, page 352), la phrase suivante :

« Du fait que quantité de chorio-épithéliomes sont précédés d'expulsion de môles, il ne faudrait pas conclure que nécessairement toutes les môles ou même beaucoup de môles engendrent cette tumeur maligne. Le nombre de môles qui dégènèrent est beaucoup moins considérable qu'on ne l'admet généralement. »

Et n'est-elle pas rassurante également, cette phrase de Vignes : « Dans les cas qui guérissent, la maladie ne laisse pas de traces et en particulier la fécondation ultérieure est normale. »

Traitement

Quelle doit être la conduite à tenir en présence d'une femme atteinte de môle hydatiforme ?

Si nous prenons l'avis des auteurs qui se sont occupés de cette question dans la deuxième partie du siècle dernier, nous les voyons en général abstentionnistes à outrance.

C'est Cabaret qui écrit, en 1842 : « L'accoucheur qui oserait tenter d'arracher la môle hydatique adopterait un procédé meurtrier. »

C'est Roeser, qui va plus loin encore, en 1886 : « Qui ? oserait entreprendre l'expulsion provoquée, sachant que la dégénérescence n'entraîne pas fatalement la mort du fœtus. Tous les soins de l'accoucheur devront tendre à la conservation du produit utérin, quel qu'il soit, jusqu'au moment de l'exonération naturelle. »

D'autres consentent à faire quelque chose, mais avec des restrictions.

Hubert, de Louvain, en 1857, conseille de hâter l'expulsion quand les accidents deviennent inquiétants,

par introduction de la main dans l'utérus, à condition que la dilatation soit complète.

Depaul, en 1868, Charpentier, en 1869, se bornent à traiter l'hémorragie par le tamponnement : la délivrance manuelle est permise seulement quand on est certain de pouvoir tout extraire.

Dans sa thèse d'agrégation, en 1880, Duchamp soutient la même théorie.

C'est à partir des dernières années du siècle que l'on voit nettement s'affirmer des idées interventionnistes.

Migliaréni, en 1894, Oui, en 1895, Ouvry, en 1897, se montrent nettement interventionnistes.

Oui pense qu'une fois le diagnostic de môle établi, c'est folie d'attendre, car la femme s'affaiblit petit à petit et l'on risque d'intervenir trop tard « la présence d'une môle dans la cavité utérine nécessite une évacuation complète et rapide. »

Pour Pinard, une intervention précoce est obligatoire.

On peut dire qu'à l'heure actuelle, il n'existe plus de non-interventionnistes systématiques. Tout le monde est d'accord qu'en présence d'une môle diagnostiquée, il faut intervenir. Pour les uns, l'introduction dans le col utérin d'une laminaire pour provoquer l'expulsion molaire sera un acte opératoire suffisant ; pour d'autres, rien ne sera suffisant si ce n'est une hystérectomie d'emblée.

Selon nous, la conduite à tenir ne doit pas s'inspirer davantage d'un pessimisme outrancier que d'une prudence exagérée : il doit y avoir une question d'opportunité.

Nous allons passer en revue les raisons sur lesquelles s'appuient les uns et les autres, les objections qui sont faites à tel ou tel mode de traitement ou d'investigation ; nous tirerons ensuite la conclusion qui nous semblera découler de cette analyse.

HYSTÉRECTOMIE SYSTÉMATIQUE

Certains, tablant sur une malignité exagérée de la môle, ont proposé un traitement radical. Brookland, se basant sur un pourcentage de 60 % de dégénérescence en chorio-épithéliome, dit : « L'expectative est mauvaise, il convient d'opposer à la môle une thérapeutique plus intelligente, sinon plus efficace, il ne faut pas de demi-mesure. » Il faut alors enlever l'utérus avec la môle.

Pour Schumann, Freund, Essen, Devezé, l'indication est formelle.

Colle et Montagne, à la Réunion Obst. du 7 mai 1930, à Lille, disent : « Etant donné l'hyper-malignité de ces tumeurs, la rapidité de développement du chorio-épithéliome, il faut faire le traitement préventif, même bien avant le déclin de la vie génitale. »

Cette manière de voir pourrait être acceptée si

l'aboutissant fatal de toute môle était la dégénérescence, si l'hystérectomie ne faisait courir aucun danger à la femme, si la femme hystérectomisée n'était pas une mutilée.

Mais en est-il ainsi ?

La dégénérescence n'est pas le terme obligatoire de la môle. Si le pourcentage de la dégénérescence est de 10 % environ d'après les statistiques (il semble que Brookland soit tombé sur la série noire) l'hystérectomie n'a-t-elle pas à son actif des suites mortelles dans 6 à 12 % des cas opérés.

Dans ces conditions, le bénéfice à escompter d'une hystérectomie systématique est-il tellement avantageux pour une femme qu'il y ait lieu de lui imposer cette mutilation qui peut-être serait histologiquement reconnue inutile ?

Senarclens, dans sa thèse (Lausanne, 1902), dit : « La mortalité de l'hystérectomie fût-elle nulle, n'est-ce pas mutiler une femme jeune et la rendre infirme que de lui enlever son utérus ? »

D'autre part, n'a-t-il pas été prouvé qu'une femme ayant eu une môle pouvait parfois concevoir normalement ?

Pour Lemaire, Dufois et Gaujoux, Jeannin, Couvelaire..., la môle ne doit pas être considérée comme un cas pathologique d'une extrême gravité. En tout cas l'hystérectomie systématique n'est pas justifiée à leurs yeux.

Nous n'envisageons pas, dans notre critique, certains cas où l'hystérectomie d'emblée s'impose, lorsque la môle, par exemple, a fait une perforation utérine ou que des manœuvres d'extraction ont provoqué une déchirure de l'utérus avec hémorragie interne. C'est alors la perforation et non la môle qui impose l'intervention.

ABSTENTION.

En face des partisans de l'hystérectomie se dressent les abstentionnistes pour qui l'observation seule est de règle après l'avortement spontané : Couvelaire, Le Lorrier, Lévy-Solal : « Un grand nombre de môles hydatiformes guérissent par l'élimination pure et simple de l'œuf pathologique, élimination qui sera souvent spontanée. » (Lecène et Leriche.)

Cette conduite n'est acceptable que dans le cas d'avortement spontané, pour une môle peu avancée qui a été expulsée en bloc et que le médecin a eu sous les yeux. Encore faut-il que l'avortement ne soit pas suivi d'hémorragie et que l'involution utérine se fasse normalement. Si toutes ces conditions sont assez souvent remplies, il n'en existe pas moins de très nombreux cas où il faut envisager une thérapeutique plus active.

Pour la clarté de notre développement, nous allons envisager le cas d'une femme en gestation molaire diagnostiquée.

Nous avons pris comme principe qu'une môle reconnue doit être évacuée.

Pour ce faire, nous provoquons l'avortement (s'il n'est déjà fait) en mettant en œuvre les moyens ordinaires : dilatation du col par lamineaires, bougies, ballons, tamponnement cervical, etc., sur lesquels nous n'insisterons pas.

Au bout d'un temps plus ou moins long, nous obtiendrons l'avortement molaire escompté et complet (surtout s'il s'agit d'une môle jeune) ou bien une expulsion partielle et incomplète.

Nous serons dès lors autorisé, à la faveur de la dilatation du col, à tenter un curage digital.

CURAGE.

Pour beaucoup de classiques, le curage est la méthode d'investigation de choix, celle qui risque le moins de causer des dommages, de blesser, de perforer le muscle utérin friable, qui peut être le siège d'une infiltration lui enlevant de la résistance.

Dans le traité de thérapeutique de Lecène et Leriche, il est bien spécifié : « Je dis volontairement curage et non curettage, de façon à bien montrer que toute manœuvre exécutée par un instrument tranchant doit être évitée. »

« On se bornera à un examen manuel profond, avec le minimum d'offense pour l'utérus. » (Demelin, in *Pratique de l'accouchement en clientèle.*)

« Au cours de l'avortement molaire, on se bornera à curer digitalement l'utérus pour enlever les débris restant et à tamponner. » (Dubrisay et Jeannin.)

Sans doute, le curage permettra l'extraction des gros fragments molaire retenus dans l'utérus ; il permettra dans certains cas de reconnaître le siège d'implantation du placenta molaire, de juger par le toucher de la consistance du muscle utérin, de sa souplesse, des aspérités qu'il peut présenter, mais il ne nous semble pas toutefois que cette pratique soit suffisante pour qu'on puisse obtenir d'un examen histologique les indications nécessaires pour décider de la conservation ou du sacrifice de l'utérus.

A cette insuffisance, il peut être pallié par le curettage.

CURETTAGE.

Longtemps délaissé et regardé comme dangereux, le curettage semble devoir être employé de plus en plus.

Il a été considéré comme une manœuvre à éviter dans le cas d'avortement provoqué. La paroi utérine dans la môle est très mince par endroits, très molle, très fragile, et une perforation est à craindre. Sans doute de tels faits ont eu lieu, mais ils se produisent sur la table d'opération et il est possible d'y porter remède immédiatement en pratiquant l'hystérectomie. Ouvry va même plus loin dans sa thèse puisqu'il dit :

« Cette complication ne peut avoir que des conséquences heureuses car elle indique une paroi envahie par les éléments du syncytium et force le chirurgien à pratiquer sur-le-champ une hystérectomie ». Cette éventualité sera d'ailleurs peu à redouter entre les mains d'un opérateur prévenu qui fera l'intervention avec une très grande douceur.

Le curettage demande dans tous les cas où il est employé pour une môle, à être pratiqué sous anesthésie générale et avec la plus grande asepsie. La curette de Cuzzi sera employée de préférence à toute autre, en tenant compte de sa forme et de ses larges dimensions qui la rendent moins dangereuse. Le fond utérin sera maintenu sans cesse par un aide ou mieux par l'opérateur lui-même. Les diverses faces de l'utérus seront curettées successivement et minutieusement, sans oublier le fond et les cornes. On fera ensuite une révision très prudente à la curette fenêtrée. Enfin on terminera par un badigeonnage de la cavité utérine à la teinture d'iode ou au sulfate de cuivre. On pourra pratiquer un tamponnement utéro-vaginal serré qui sera enlevé au bout de six heures.

Dans le cas d'avortement spontané, la technique sera identique. Aussitôt l'expulsion, en cas de môle fragmentée ou non encapsulée, une exploration digitale renseignera sur l'intégrité ou la non intégrité de la muqueuse utérine. Si la muqueuse est lisse et s'il n'y a aucun signe de rétention, l'attente est de rigueur

et il ne faut procéder à aucune intervention. Dans le cas contraire, s'il reste des débris, on aura recours au curettage.

Deux situations sont alors à envisager :

— la femme perd du sang, il faut procéder à un curettage immédiat ;

— la femme ne perd pas, son état général est satisfaisant ; on aura intérêt à suivre la technique préconisée par Fabre et J.-L. Faure, qui consiste à différer le curettage quelques jours pour permettre à l'utérus de revenir sur lui-même et d'être ainsi moins facilement lésé au cours de l'intervention.

Pour certains, le curettage doit être employé dans tous les cas ; Weill dit dans sa thèse : « Il nous apparaît comme plus rassurant, même si l'on a assisté à l'avortement et si la môle semble avoir été expulsée intacte dans sa totalité de faire de toute façon un curettage et une application iodée pour éviter toute rétention de vésicules ou de débris de caduque ».

Pour Fruhinsholz (*Gyn. et Obst.*, 1928, tome XVIII, page 193), le curettage est indiqué lorsqu'après l'expulsion de la môle persiste une sub-involution utérine avec des kystes de l'ovaire. Dans ce cas un curettage tardif peut avoir pour résultat de déclancher l'involution et la régression ovarienne.

Parmi les accidents possibles du curettage il nous faut également signaler les hémorragies. Dans certains cas il ne faudra pas craindre d'interrompre toute

manœuvre pour faire un tamponnement utérin. Ces hémorragies ne se voient qu'au cours du curettage abortif. Après quelque temps celui-ci pourra être repris et mené rapidement à bien.

Le risque d'infection n'est pas plus grand dans le cas de môle que dans tout autre avortement ; il sera évité par une très grande minutie et une parfaite aseptie.

Les inconvénients du curettage sont donc minimes à côté de la quasi-certitude qu'il nous donne de l'absence de toute rétention. Dans bien des cas, des irrégularités de la muqueuse utérine et des hémorragies persistant après l'avortement ont été traitées par un curettage et les suites ont été excellentes.

Il n'y a pas lieu de s'endormir cependant sur un calme trompeur. Les malades demandent à être suivies pendant longtemps. C'est qu'en effet le muscle utérin peut avoir été infiltré et malgré un curettage bien fait on peut assister au bout de quelques mois à l'apparition d'un chorio-épithéliome. Attendre dans ce dernier cas, serait une lourde faute et il faut pratiquer une hystérectomie dès le diagnostic posé, si l'on ne veut assister à une cachexie rapidement mortelle.

Il se peut d'ailleurs qu'au cours du curettage, comme dans notre observation n° IX, l'opérateur ait l'impression tactile qu'il n'existe pas de plan de clivage entre la môle et le muscle utérin, qu'il y a continuité entre la tumeur et l'utérus ; ou bien la paroi utérine présente de fortes indurations.

Dans ce cas, deux solutions peuvent être envisagées :

1° l'hystérectomie, dont la nécessité sera rendue évidente par un examen histologique de la pièce (observation n° IX) et qui sera bonne dans ses résultats puisque faite tout au début de la dégénérescence maligne ;

2° l'examen histologique préalable des produits de curettage, qui pourra confirmer s'il y a dégénérescence maligne (observations n° VII et n° VIII).

Cet examen sera inutile dans le cas de débris molaire spontanément expulsés. Le diagnostic de malignité est posé surtout d'après l'envahissement, l'infiltration du muscle utérin. On se rend compte qu'en cas d'avortement spontané, les fragments rejetés sont uniquement molaire et ne contiennent pas de lambeaux de muscle utérin. Ce n'est là d'ailleurs que la conclusion de Bender et de Proust au Congrès de gynécologie de 1913, de Leroux et Huguenin, Siredey, Couvelaire à la Soc. d'Obst. et de Gyn. de février 1926, à Paris. « Il nous paraît impossible dans l'état actuel de nos connaissances, de demander à l'examen histologique de fragments de môle expulsés un pronostic d'avenir. » (Couvelaire.) Briquel, dans sa thèse sur les tumeurs placentaires, nous dit : « Un diagnostic histologique de la malignité de la môle est impossible par l'examen de la môle elle-même ».

Dans le cas de curettage pratiqué pour faire l'avortement ou pour débarrasser l'utérus de rétentions, la

situation est toute différente. Les débris de curettage contiennent en effet des fragments de muscle. C'est là un gros avantage du curettage sur le curage : en pratiquant ce dernier, surtout à mains gantées, il est très difficile, sinon impossible, de pouvoir sculpter suffisamment dans le muscle. L'examen histologique de ces fragments peut nous donner la certitude de dégénérescence maligne (observations n° VII et n° VIII). Pour Briquel : « l'examen de débris de curettage pratiqué systématiquement permet de poser des données de probabilité si l'on constate l'envahissement de la musculature utérine par de nombreux éléments syncytiaux ». Rouville, Schweitzer, Bauer, Brindeau partagent cette opinion.

Le fait que le diagnostic est surtout posé sur la présence d'infiltrations utérines, implique la nécessité de pratiquer un curettage appuyé qui n'est possible qu'après quelques jours d'involution.

La réponse du laboratoire sera le verdict qui décidera de l'hystérectomie ; mais il n'aura de valeur que s'il indique un chorio-épithéliome : indication formelle à l'intervention. C'est le cas de deux de nos observations où les débris de curettage examinés au laboratoire du Professeur Lecène révélèrent une dégénérescence chorio-épithéliale qui fut confirmée par l'examen histologique de l'utérus après hystérectomie. La constatation d'une dégénérescence villositaire bénigne ne doit pas faire rejeter systématiquement l'idée

de chorio-épithéliome puisque l'on a pu voir dans ce cas des tumeurs malignes évoluer ultérieurement.

Le curettage peut donc servir de moyen de diagnostic : absence de plan de clivage ou induration du muscle font pencher vers le chorio-épithéliome ; l'examen des débris de rétention peut fournir une indication opératoire.

KYSTES LUTÉINIQUES.

Des problèmes qui se posent dans l'étude de la môle, il en reste un que nous ne ferons qu'effleurer : celui des kystes lutéiniques. Nous avons vu qu'ils sont très fréquents au cours de la grossesse molaire. On a voulu leur attribuer un caractère diagnostique entre le môle et le chorio-épithéliome. Pour Vignes, « ils régressent après l'expulsion de la môle, sauf s'il y a rétention de débris ou transformation en chorio-épithéliome ».

Après une étude approfondie, Weill-Spire conclut : « La présence ou l'absence de kystes lutéiniques, le volume de ceux-ci, leur mode d'apparition, n'apportent pas un élément positif dans le diagnostic de la môle, dans son pronostic, pas plus que dans le diagnostic du chorio-épithéliome ».

Observations

Nous devons les observations qui vont suivre à l'obligeance de notre Maître le Docteur Cathala, accoucheur de la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, et à l'amitié que veulent bien nous témoigner le Docteur Bachy, correspondant de la Société Nationale de Chirurgie, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Quentin et le Docteur Coudrain, chirurgien à Saint-Quentin.

Qu'ils veuillent bien tous trois être assurés de notre gratitude.

I. — OBSERVATION DU DOCTEUR COUDRAIN

Mme R... Cél..., 22 ans, domiciliée à N... (malade du Docteur Gauthier). Début de grossesse en 1930, fausse couche de trois mois le 11 décembre 1930.

Nouvelle grossesse en 1931. Avortement molaire le 26 novembre 1931 (trois mois environ), hémorragies abondantes.

Curettage le 27 novembre: on retire des débris placento-kystiques d'un volume égal à ceux expulsés spon-

tanément la veille Ecouvillonnage utérin à la teinture d'iode. Mèche iodoformée intra-utérine.

Un litre de sérum par vingt-quatre heures durant les deux premiers jours. Le pouls redevient rapidement bon. Pas de fièvre. La mèche est enlevée au bout de quarante-huit heures. Injections.

Quatre mois après son curettage, la malade est en très bonne santé. Elle sera l'objet d'une surveillance médicale attentive pendant deux ans.

II. — OBSERVATION DE M. CATHALA

Mme P... El..., secundipare.

Premier enfant vivant et bien portant.

Réglée à 14 ans 1/2.

Parents vivants bien portants.

Dernières règles le 6 juin 1925.

Vient consulter à la maternité de l'hôpital Saint-Louis, le 2 novembre 1925, parce qu'elle perd du sang depuis quinze jours. A 12 heures, hémorragie constatée. Les urines examinées sont normales.

3 novembre, à 13 heures : Grosse hémorragie de sang rouge. Utérus gros dépassant l'ombilic comme une grossesse de 6 mois. On porte le diagnostic de môle.

A minuit 15, expulsion d'une grande partie de la môle pesant 1.160 grammes.

Examen après cette expulsion : tumeur dans le cul-de-sac postérieur (probablement kyste lutéinique).

Dans l'utérus, nombreux débris de môle détachables au doigt.

Il est procédé à un curage puis à un curettage suivi d'une injection utérine iodée.

Suites: 39° 3 les troisième et quatrième jours, puis apyrexie.

Sort guérie sept jours après l'intervention.

Suivie pendant quatre ans. Conserve toujours sa bonne santé.

III. — OBSERVATION DES DOCTEURS BACHY ET FALEUR

*Môle hydatiforme. — Curettage.
Guérison apparente depuis vingt-sept mois*

Mme P..., de R..., 28 ans.

Bien portante et sans antécédents héréditaires pathologiques.

Bien réglée depuis l'âge de 14 ans.

A un enfant de 5 ans bien portant.

N'a pas eu de grossesse depuis lors.

Dernières règles le 12 août 1929.

À partir des premiers jours d'octobre, la malade remarque que chaque semaine elle perd quelque peu, des taches de sang souillent son linge. Elle ne s'en préoccupe pas, tout en considérant la chose comme anormale, et elle continue son travail.

Vers le 20 novembre, elle éprouve de violentes douleurs utérines s'accompagnant d'abondantes pertes

sanguines noires. Malgré tout, elle ne consulte pas et il faut la persistance des pertes pour qu'elle se décide au bout de quelques jours à demander le docteur Faleur, qui croit à une fausse couche et ordonne le repos au lit et des lavements laudanisés. Les pertes sanguines diminuent mais ne s'arrêtent pas complètement.

Le 5 décembre, le médecin traitant trouve un utérus dont le volume correspond à une grossesse de 4 mois et demi environ avec col ramolli et à peine entr'ouvert. Auscultation négative. Vomissements abondants.

En raison des pertes persistantes, le docteur Faleur m'adresse la malade. Je pense à un œuf mort et confirme le traitement. L'état général est satisfaisant, il n'y a pas de fièvre.

Le 1^{er} janvier 1930, dans l'après-midi, hémorragies très abondantes. Le docteur Faleur, appelé dans la nuit, constate la présence dans le sang de quelques vésicules hydatiformes qui rendent le diagnostic évident.

La malade est amenée d'urgence à la clinique où elle est opérée à 5 heures du matin.

Curetage qui ramène de gros paquets de vésicules. Toute la surface de l'utérus est soigneusement explorée par la curette jusqu'à ce que partout on ait la sensation de râcler un muscle sain. Injection iodo-iodurée, tamponnement par mèche iodoformée.

Pendant quarante-huit heures, il est nécessaire de faire à la malade des injections de sérum et d'huile camphrée en raison de l'affaiblissement que lui a occasionné sa dernière hémorragie.

La mèche est enlevée au bout de deux jours, les suites opératoires sont absolument bénignes.

La malade a parfaitement bien guéri. Ses règles sont revenues sept semaines après l'opération. Elle n'a présenté aucun phénomène morbide depuis cette époque. Les règles reviennent toutes les quatre semaines, parfois assez abondantes. L'état général est très bon.

IV. — OBSERVATION DU DOCTEUR BACHY

*Môle hydatiforme. — Curettage
Guérison maintenue depuis huit ans*

Mme D..., 32 ans, est une femme vigoureuse qui a déjà eu deux enfants, l'un âgé de 6 ans, l'autre de 3 ans, bien portants.

Elle a présenté, il y a trois mois, une absence de règles caractérisée. Au bout de six semaines, apparition de quelques suintements sanguinolents, sans aucune douleur, sans aucune colique, en dehors de toute espèce de fatigue. Le repos n'a pas calmé ces écoulements sanguinolents.

Je vois la malade un mois plus tard. Elle présente un écoulement séro-sanguinolent constant, et par moment de véritables hémorragies. Son médecin traitant (docteur Pluche) me signale que depuis deux jours elle a expulsé des vésicules dont le type est nettement celui des vésicules hydatiformes.

A l'examen, on trouve un utérus dont le col est ramolli, l'orifice se laisse facilement déprimer, le col est volumineux. Le corps de l'utérus répond comme développement à une grossesse de deux mois, mais il

n'a pas la consistance d'un utérus gravide de cet âge. L'examen provoque un suintement sanglant assez fort.

Le diagnostic de môle hydatiforme est posé.

Il s'agit d'une femme jeune, il n'y a aucune atteinte de l'état général, l'évolution de la môle ne paraît pas très avancée, il n'y a pas de douleurs dans le bassin et on est en droit d'espérer qu'il n'y a pas d'infiltration d'éléments malins dans le muscle utérin. On décide de pratiquer un curettage simple.

L'intervention a lieu à l'hôpital de Saint-Quentin le 8 novembre 1923, avec anesthésie à l'éther. Après une large dilatation de l'orifice du col, il est fait un curettage prudent, mais très soigné, de toute la cavité utérine.

On ramène à peu près le volume de deux poings de vésicules agglomérées les unes aux autres et de débris placentaires. L'hémorragie est assez abondante, on pratique une injection intra-utérine de solution de Tarnier très chaude, l'utérus revient sur lui-même après cette injection. On tasse méthodiquement une grosse mèche iodoformée dans la cavité. Celle-ci est enlevée au bout de quarante-huit heures.

Pendant les dix jours qui suivent, la malade prend chaque jour trois injections.

Elle quitte l'hôpital au bout de quinze jours en parfait état de santé.

Un fragment de la masse vésiculaire a été envoyé au laboratoire. Voici la note remise à ce sujet: « L'examen histologique montre qu'il s'agit de villosités chorales dégénérées. Elles sont constituées par une vacuole remplie de tissus mucoïdes. La paroi est formée de deux couches. La couche profonde est faite de gran-

des cellules à noyaux colorés. Par endroits, il n'y a qu'une couche de cellules de Langhans, à d'autres, il y a accumulation de ces cellules. La couche externe est constituée par un protoplasma granuleux, il existe des points où cette couche externe, plasmodiale, envoie des prolongements vers l'extérieur en forme de massue à protoplasme granuleux et à noyaux multiples. »

J'ai demandé à la malade de vouloir bien me tenir au courant de son état de santé depuis cette époque.

Les règles sont revenues six semaines après l'opération et très régulièrement depuis. Elle n'a plus jamais présenté de métrorragies ni d'écoulements sanglants.

Je l'ai examinée au mois de juin 1924, c'est-à-dire huit mois après le curettage, et en 1928. Son utérus est absolument normal, le col est un peu gros. Il y a peut-être un léger degré de salpingite gauche, mais certainement pas de chorio-épithéliome.

J'ai eu de ses nouvelles tout récemment, elle est actuellement en très bon état et c'est une malade qu'on peut considérer comme tout à fait guérie.

V. — OBSERVATION DE M. CATHALA

La nommée H..., 28 ans, Alsacienne. Bonne. Entre à la salle de travail de la maternité de Saint-Louis le 18 juin 1928.

A. H. : Père décédé à 48 ans des suites de guerre. Mère bien portante. Six collatéraux bien portants, six collatéraux décédés en bas âge.

A. P. : A toujours bien marché. Réglée à 14 ans. Erisypèle.

A. O. : En 1919, accouchement normal d'un garçon cardiaque depuis deux ans.

Deuxième-pare. Dernières règles : 16-19 janvier 1928.

Première grossesse à terme. Pas d'avortement.

La grossesse actuelle a été normale jusque il y a six semaines lorsque sont survenues des pertes de sang rouge sans caillots, pertes continuelles. Plus tard, pertes de sang noir avec caillots. Il y a quinze jours, augmentation brusque du volume du ventre avec douleurs rappelant celles de l'accouchement.

Le 16 juin, dans la nuit, augmentation subite du volume du ventre avec vomissements glaireux non alimentaires, non bilieux, accompagnés de suffocation. La malade dit souffrir moins après les pertes.

A l'examen: Le col n'est pas déhiscent. Douglas sensible. On ne sent pas de fœtus. Le doigt ramène une sérosité sanguinolente, fétide. Utérus très dur. Pas de bruit du cœur, la malade ne sent pas remuer.

Volume du ventre:

15/VI 22 cm.

16/VI 26 cm.

18/VI 26 cm. 1/2

sur la ligne médiane

Le 18 juin, à 11 heures, examen de M. Cathala : On sent à droite une masse mollassse ressemblant à un kyste. Pose d'un ballon de 250 cc.

A 22 heures, le ballon est retiré et remplacé assez facilement par un ballon de 450 cc. Aussitôt les douleurs deviennent plus fortes.

Le 19 juin, à 4 h. 45, expulsion du ballon; à 4 h. 50

expulsion de la môle, pesant 1.300 grammes; à 5 heures, curettage ramenant des débris môleaires.

Un litre de sérum intra-veineux, car forte hémorragie, 2 cc. de caféine, 20 cc. d'huile camphrée.

Le 17 juillet: Col gros. On sent, en arrière et à droite un petit noyau saillant de la grosseur d'un petit pois.

Au palper-toucher, utérus mobile. On sent au côté droit une masse mobile de la grosseur d'une orange. A gauche, rien de net.

La femme a encore un petit écoulement séro-sanguinolent.

Le 5 octobre: Corps utérin globuleux, un peu gros.

A eu deux fois ses règles, mais pas de pertes.

On ne sent aucune tumeur dans les culs-de-sac.

VI. — OBSERVATION DE M. CATHALA

Mme V..., 27 ans, entre à la salle de travail de la maternité de l'hôpital Saint-Louis, le 21 avril, à 1 heure du matin.

Antécédents héréditaires physiologiques et pathologiques normaux.

Antécédents obstétricaux: Un accouchement prématuré à 6 mois, enfant décédé à 3 jours; deux accouchements à terme: enfants actuellement bien portants.

Dernières règles le 7 janvier: grossesse de 3 mois.

Depuis le 1^{er} avril, contractions utérines douloureuses avec pertes sanguines.

Examen: Utérus développé comme un utérus en

gestation de 5 mois $1/2$ - 6 mois. Utérus mou, se contractant difficilement. On ne sent aucune partie fœtale. Pas de bruits du cœur. Au toucher, col dilatable comme 2 francs.

Aussitôt après l'examen, la femme expulse un caillot dans lequel se trouvent deux vésicules qui font poser le diagnostic de môle.

A 2 h. 45: Dilatation manuelle du col, introduction de la main, qui peut ramener une masse vésiculo-placentaire pesant 1.300 grammes. Curage suivi immédiatement d'un curettage qui permet de ramener encore quelques débris. Injection iodo-iodurée, ergotine, sérum sous-cutané. Pertes sanguines peu abondantes, utérus se contractant bien, bon pouls à 112.

22 avril: Albumine dans les urines, œdème des jambes. Tension artérielle : 14/9 au Pachou.

27 avril: On sent, dans le cul-de-sac gauche, à côté de l'utérus, une masse du volume d'un œuf due à un kyste de l'ovaire. A droite, sensation plus floue, mais en un point on sent une masse dure du volume d'une balle, appliquée contre la paroi pelvienne.

1^{er} mai: La malade quitte le service. Excellent état, aucune perte : les mêmes signes au toucher.

17 mai: La malade revient se faire examiner par M. Cathala. Pas de pertes sanguines, utérus de volume normal. A gauche : kyste peu tendu, de la grosseur d'une noix. A droite, on sent la trompe normale.

21 juin: A gauche: on ne sent plus rien. A droite: on sent toujours la trompe.

La femme a été suivie pendant un an et était en bonne santé.

VII. — OBSERVATION DE M. CATHALA

Mme X..., sans profession, âgée de 27 ans, consulte le docteur Chirie en 1926. Elle ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires, physiologiques ou pathologiques. IV^e-pare.

Au premier examen: Symptômes d'une gestation de deux mois avec métrorragies modérées, utérus plus volumineux que ne le comporterait la date des dernières règles. La malade ne vomit pas, mais son état général est médiocre.

Au quatrième mois: l'utérus dépasse l'ombilic. La malade expulse spontanément une môle vésiculaire complète le 26 mai 1926. L'avortement est accompagné d'abondantes hémorragies. Révision utérine et curage digital. Le lendemain, la température est à 40°, on pratique une injection intra-utérine avec une solution de sulfate de cuivre. La température baisse. La malade rentre chez elle le vingt-deuxième jour en bon état de santé. Elle ne présente pas de kyste de l'ovaire.

Le 12 juillet : La malade vient consulter le docteur Cathala, à qui elle est confiée parce qu'elle a perdu du sang et des mucosités. A l'examen : utérus un peu gros, col ouvert à l'orifice externe, fermé à l'orifice interne, présence de kystes de l'ovaire, bilatéraux.

Le 13 juillet : On pratique sous anesthésie générale une exploration digitale intra-utérine. La cavité utérine est large, sur la paroi postérieure, on sent une petite élevation, très peu marquée, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes. On pratique alors un cu-

rettage qui ramène deux vésicules grosses comme une tête d'épingle, quelques débris de caduque épaissie, en très petite quantité.

Les débris du curettage sont envoyés au laboratoire du Professeur Lecène. La réponse arrive le 27 juillet.

« L'étude des différents débris permet de reconnaître qu'il s'agit d'une tumeur placentaire caractérisée par quelques rares villosités déformées, fibroïdes, et par une infiltration accusée des fibres musculaires lisses. Celles-ci sont dissociées et détruites par de grosses cellules rappelant assez bien les cellules de Langhans, souvent mélangées à des lames plasmodiales. Ces éléments ont toujours des noyaux volumineux, mal limités, très avides de colorants, limitant parfois des orifices vasculaires. La surface de ces régions ainsi envahies est occupée en général par une épaisse couche de matières fibrinoïdes, parcourues par ces éléments néo-plasiques. En résumé : placentome malin. »

Le jour même, M. Cathala pratique une hystérectomie subtotale. Suites opératoires bonnes.

On a des nouvelles de la malade, puis elle est perdue de vue.

Examen de la pièce anatomique conservée au musée de la Maternité de Saint-Louis (pièce N° 13). — Utérus un peu augmenté de volume. A l'ouverture, au niveau du fond se trouvent quelques bourgeons discrets en forme de crêtes mousses. Pas de tumeur importante. Deux kystes de l'ovaire, chacun du volume d'un poing, paraissant contenir des loges spacieuses.

En résumé, il s'agit de môle maligne classique.

VIII. — OBSERVATION DE M. CATHALA

Mme D... Mad..., 36 ans, est examinée à la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis, le 11 septembre 1927.

Accouchement gémellaire à terme normal, le 16 mars. Retour des règles, le 18 mai et le 18 juin. Les règles paraissent revenir le 15 août, mais depuis, pertes peu abondantes, répétées, ne cédant pas au repos : sang rouge et noir mêlé quelquefois de petits caillots. En même temps, vomissements quotidiens et amaigrissement marqué.

A l'examen, on trouve un utérus développé comme une grossesse de 5 1/2-6 mois, de consistance plutôt molle. De temps en temps, faibles contractions ; auscultation nulle.

14 septembre. — Le matin, douleurs abdominales, le fond de l'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; col très ramolli ; utérus pâteux, pas de bruits du cœur, pas de ballottement, ni abdominal, ni vaginal. On pense à une grossesse molaire.

Dilatation aux bougies jusqu'au N° 14. Le doigt pénètre dans la cavité utérine et sent une masse molle irrégulière. La malade saigne. On décide de lui poser un ballon, mais la dilatation au N° 14 est insuffisante et on craint de déchirer le col. On pratique alors un curettage qui ramène des vésicules et des débris sarnieux... Injection iodée, tamponnement utérin, huile camphrée, ergotine, sérum...

Quinze jours après, la malade quitte le service...

26 octobre. — La malade revient dans la nuit. Les pertes qui étaient réapparues le 13 octobre viennent d'augmenter brusquement, constituées de sang liquide et de caillots.

Examen. — On perçoit deux kystes de l'ovaire de la grosseur de mandarines ; le col est ouvert, déchiré à gauche, le corps est un peu gros et dur.

M. Cathala décide d'explorer l'utérus et, avec la curette, il retire de petits débris de caduque. Il semble que du côté de la trompe utérine gauche, le tissu utérin soit plus dur.

Les débris du curettage sont soumis à un examen microscopique (laboratoire du Professeur Lecène) qui révèle une malignité histologique d'ordre chorio-épithélial.

7 novembre. — M. Cathala pratique une hystérectomie sub-totale : il existe deux kystes lutéiniques des ovaires, de la grosseur d'une petite mandarine. Suites opératoires bonnes.

La malade a été suivie pendant deux ans environ. Elle avait conservé une bonne santé.

Examen de la pièce :

Cette pièce est conservée au Musée de la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis.

L'utérus est un peu augmenté de volume.

A la coupe : tumeur du fond, d'aspect fongueux, de la grosseur d'une noisette, formée par la réunion d'éléments polipoïdes serrés, enchâssés dans le muscle utérin qui se trouve aminci au fond. Seul le pôle inférieur de la tumeur est saillant dans la cavité. Géode au sein de la paroi utérine droite.

Les deux ovaires sont le siège de kystes multilocu-

lares ; leur surface est bosselée, parsemée d'élevures arrondies, saillantes, translucides. A la coupe : nombreuses logettes de dimensions inégales.

IX. — OBSERVATION DU DOCTEUR BACHY

Môle hydatiforme ayant pris l'apparence d'un chorio-épithéliome envahissant l'utérus. — Hystérectomie totale. — Guérison.

Mme R..., 40 ans, a deux enfants âgés de 15 et 11 ans. Cette femme, toujours bien réglée jusqu'ici, n'ayant présenté aucun symptôme pathologique, a eu un arrêt de règles il y a trois mois. Elle éprouvait une certaine pesanteur dans le bas-ventre avec quelques picotements dans les seins. Elle a cru à un début de grossesse et quand une petite hémorragie est venue six semaines après, elle s'est contentée de s'allonger et de se reposer. Après une légère amélioration, elle a repris ses occupations. Elle a continué à s'agiter pendant deux mois, tout en perdant un peu de sang et de sérosité sanguinolente.

Le docteur Rouarts la voit à cette époque. Il constate l'existence de métrorragies et d'un utérus volumineux remontant jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne, ayant une consistance mollassse, non élastique. Son volume fait penser à une grossesse de 4 mois et demi, ce qui ne correspond pas avec la date de la disparition des règles.

La malade m'est montrée à ce moment-là (29 jan-

vier 1930). On pense à l'existence, soit d'un polype sous-muqueux développé dans la cavité utérine, soit d'un fibrome utérin à côté duquel s'est développée une grossesse qui a avorté et qui se complète de rétention placentaire, ou enfin à l'existence d'un môle hydatiforme.

Dans ces conditions, on décide une intervention chirurgicale. Elle consiste en un curettage explorateur de la cavité utérine. Ce curettage ramène des débris spaccélés et une mases spongieuse cruentée dans laquelle on reconnaît des vésicules hydatiformes.

On prolonge ce curettage jusqu'à enlever la valeur d'une très grosse orange, mais on se rend compte que la paroi utérine est extrêmement friable. On a un peu l'impression qu'il n'y a pas de limite nette entre la tumeur et la paroi.

Dans ces conditions, on pratique un lavage soigné de la cavité à la solution iodo-iodurée, on la bourre d'une mèche iodoformée et on pratique une hystérectomie abdominale totale. On a soin de sectionner le vagin en dessous du col utérin et on protège attentivement le champ opératoire contre toute souillure du col utérin. La cavité pelvienne est péritonisée soigneusement. On place deux mèches de gaze et un drain dans le Douglas.

Les suites opératoires sont extrêmement simples, la malade n'a jamais donné aucune inquiétude. Elle quitte la clinique complètement guérie et cicatrisée au bout de 26 jours.

Un an après cette opération, il ne s'était présenté aucun trouble.

Examen de la pièce. — On trouve à l'intérieur de la cavité utérine des fragments dont l'apparence est celle

de débris placentaires englobant des vésicules hydatiformes. L'utérus est très augmenté de volume, il est presque comme celui d'une tête d'enfant, sa surface est bosselée et irrégulière.

Au niveau du fond de l'utérus, il existe toute une zone où cette masse placentaire s'infiltré dans le fond de l'utérus. Cette invasion se fait surtout au niveau des faces antérieure et postérieure, et on trouve à la coupe des prolongements de la masse placentaire qui s'insinuent entre les fibres musculaires.

Il a été fait un examen histologique sommaire de cette tumeur qui a confirmé le diagnostic en signalant l'existence de cellules syncytiales à gros noyaux multiples s'enfonçant en traînées entre les faisceaux musculaires.

X. — OBSERVATION DU DOCTEUR BACHY

Môle hydatiforme avec généralisation au col de l'utérus, aux annexes et au péritoine à marche très rapide.

Mme A... de B..., femme de 38 ans, soignée par son médecin depuis un mois pour des pertes sanguinolentes, lorsqu'elle expulse toute une série de vésicules hydatiformes.

Elle est vue à ce moment-là par le docteur Lenoir qui me demande d'opérer.

J'examine la malade le 2 août 1925. C'est une femme

encore très vigoureuse. Elle a déjà eu deux enfants âgés de 3 et 5 ans.

Elle n'a pas eu ses règles il y a six semaines, comme elle les attendait. Elle a commencé à perdre une quinzaine de jours plus tard. Elle n'éprouve aucune douleur, aucune gêne. Dans les pertes, on constate l'existence de vésicules typiques.

A l'examen, l'utérus remonte à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne : le corps utérin est mou, le col est normal, un peu entr'ouvert, le tout donnerait l'impression d'une fausse couche de 4 mois en train de se faire. En même temps que les vésicules, elle présente un écoulement sanguinolent, noirâtre, sans odeur. Le manque de consistance de l'utérus me fait penser à un chorio-épithéliome en évolution, et je propose à la famille une hystérectomie que j'ai l'impression d'être absolument nécessaire.

Cette opinion soulève des objections forcenées et je suis amené à accepter de faire un curettage à condition qu'on me ramène la malade si les pertes continuent.

Le curettage est pratiqué le 4 août 1925. On ramène une quantité considérable de débris placentaires, un paquet de vésicules gros comme deux poings. A aucun moment on n'a la sensation de curetter un muscle utérin sain. On pratique une injection intra-utérine iodée, on mèche la malade. Elle continue à perdre pendant deux à trois jours après l'ablation des mèches, puis l'écoulement s'arrête.

A l'examen : l'utérus paraît encore gros, mais le col est refermé et, au bout de 12 jours, je laisse partir la malade qui me promet de revenir si elle perd tant soit peu.

Pendant trois mois, je n'entends plus parler de rien. On m'appelle pour revoir la malade vers le 12 octobre.

L'utérus a repris le volume d'une tête ; on sent de chaque côté du pubis des masses assez volumineuses. La malade est cachectisée au plus haut point, elle a des poussées de fièvre violente le soir, l'état général est déplorable. Les écoulements ont très notablement diminué en quantité, c'est à peine si la malade perd un peu de sérosité sanglante.

Devant ce mauvais état général et l'impression certaine de l'extension de la néoplasie aux annexes et au péritoine, je ne pousse pas la famille à une intervention. Je conseille d'aller consulter à un centre radiothérapique. Mon conseil ne put pas être suivi, et la malade mourut six semaines après.

Conclusions

La môle hydatiforme, affection connue depuis la plus haute antiquité, a un aspect macroscopique typique.

Son étude microscopique nous la fait connaître plus intimement nous montrant qu'elle est le résultat d'une fonte mucoïde progressive du squelette conjonctivo-vasculaire du placenta avec hyperplasie du revêtement syncytial des villosités.

L'étiologie de cette monstruosité n'est pas encore élucidée. Un point cependant nous est acquis : la môle est d'origine conceptionnelle.

La symptomatologie de cette affection est variée. Il faut un ensemble de signes pour pouvoir poser le diagnostic. Seule, l'expulsion de vésicules le rend évident.

Le pronostic, s'il est presque toujours fatal pour le fœtus possible coexistant, n'est pas trop sombre pour la mère, grâce aux moyens thérapeutiques employés.

Le traitement de la môle a été le sujet de nombreuses controverses. L'accord est fait maintenant sur la nécessité d'interrompre son évolution.

Hystérectomistes d'emblée et abstentionnistes deviennent rares.

Pour nous, un traitement s'impose : le curettage, précédé ou non d'un curage. Il devra être employé dans tous les cas de môle fragmentée ou incomplète, d'irrégularité de la muqueuse utérine, de sub-involution.

Ce curettage fournit un moyen thérapeutique non dangereux, pleinement satisfaisant quant à ses résultats. De plus, il fournit des éléments pour une étude histologique qui pourra déceler une dégénérescence maligne tributaire d'une hystérectomie.

Vu :

LE DOYEN,
BALTHAZARD.

Vu :

LE PRÉSIDENT,
BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
CHARLÉTY.

Bibliographie

- ANCELET. — *Ann. de Gyn.*, 1876.
- BEGHIN. — Trois cas de môle hydatiforme. (*Réunion obst.*, Lille, 1925.)
- BOIVIN (Mme). — Môle vésiculaire. (*Thèse*, Paris, 1827)
- CABARET. — *Journal des conn. médico-chirurgicales*, 1842.
- CHARPENTIER. — *Thèse d'agrégation*, 1869.
- COURTY. — De la conduite à tenir en cas d'avortement molaire. (*Journ. des Soc. Méd. de Lille*, 1925.)
- COUVELAIRE et LEVANT. — Chorion-épithéliome bénin. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, mai 1925.)
- COUVELAIRE, SIREDEY, LEROUX et HUGUENIN. — Discussion sur le critère de malignité de la môle. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, février 1926.)
- DEMELIN. — La pratique de l'accoucheur en clientèle, 1929.
- DEMELIN et DEVRAIGNE. — Manuel de l'accoucheur, 1924.
- DE ROUVILLE et MADON. — Hémorragies abondantes, hystérectomie, chorion-épithéliome au début. (*Réun. Obst. et Gyn.*, Montpellier, février 1925)

- DEVRAIGNE et SEGUY. — A propos de deux môles embryonnées. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, janvier 1926.)
- DEVRAIGNE et SUZOR. — Deux observations de môle hydatiforme. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, janvier 1926.)
- DUBRISAY et JEANNIN. — Précis d'accouchement, 1930.
- FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — Traité de gyn. médico-chirurgicale.
- FABRE. — Précis d'obstétrique, 1928-1931.
- FRUKINSHOBZ. — La triade Môle, Chorio-épithéliome, Kystes lutéiniques. (*Soc. Obst. et Gyn.*, Nancy, 1923.)
- GIRARDIN. — Difficultés de diagnostic de la môle et de sa dégénérescence maligne. (*La Soc. Méd. et Prat.*, 1930.)
- GODLEWSKI. — Môle hydatiforme et placentôme malin. (*Réunion Obst. et Gyn.*, Montpellier, 1926.)
- GUNTHER. — Grossesse gémellaire avec un œuf normal et môle. (*Deutsch Médiz. Woch.*, 1923.)
- HIRTZMANN. — Thèse, 1874.
- JEANNIN. — Formes cliniques et évolution de la môle hydatiforme. (Cours du Jeudi soir, *Clin. Tarnier*.)
- LEGÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale, 1926.
- LEVANT. — Des aspects cliniques de la môle hydatiforme. (*La Médecine*, 1928.)

- LÉVY-SOLAL, DUPONT et MÉRAT. — Des indications de l'hystérectomie précoce après l'expulsion d'une môle. (*Gyn. et Obst.*, 1926.)
- MAZET. — Môle perforante. (*Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 1925.)
- MENU. — Môle vésiculaire. (*Thèse*, Paris, 1899.)
- MIGLIARENI. — *Thèse* de 1894.
- NATTAN, LARRIER et BRINDEAU. — Nature de la môle hydatiforme. (*Rev. Gyn. et Chir. abdo.*, 1906.)
- OUI. — *Revue d'Obst. et de Gyn.*, 1895.
- OUVRY. — Etude de la môle hydatiforme (*Thèse*, Paris, 1897.)
- PORTAL. — Pratique des accouchements, 1681.
- PORTAL DE PALERME. — *Encyclop. des Sciences Médicales*, 1836.
- POZZI. — Traité de Gynécologie.
- RIBEMONT-DESSAIGNE et LEPAGE. — Traité d'obstétrique, 1923.
- ROESER. — *Journal des Sages-Femmes*, 1886.
- SCHUMANN. — Further observations upon hydatidiform môle. (*The Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1929.)
- SCHWAB. — Obstétrique du praticien.
- TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements.
- VIGNES. — Môle hydatiforme et chorio-épithéliome. (*Sem. des Hôp.*, 1929.)
- Pratique médico-chirurgicale, 1931.
- WEILL-SPIRE. — Formes cliniques et évolution de la môle hydatique. (*Thèse*, Paris, 1927.)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
DESCRIPTION	13
ETUDE MICROSCOPIQUE	17
PATHOGÉNIE	21
ETUDE CLINIQUE	25
DURÉE. — TERMINAISON. — PRONOSTIC.....	31
TRAITEMENT	33
OBSERVATIONS	47
CONCLUSIONS	67
BIBLIOGRAPHIE	69

